

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO | ARTIGO ORIGINAL

Adequação das Visitas a um Serviço de Urgência Polivalente

Ana Laura Esteves

M

2018



Título da dissertação: Adequação das Visitas a um Serviço de Urgência Polivalente

Nome do estudante: Ana Laura Esteves e Silva

Endereço de correio eletrónico do estudante: analaura.ees@gmail.com

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientador: Dr. António Pedro Gonçalves

Co-orientadora: Prof.^a Doutora Isabel Almeida

Maio de 2018

Maio 2018

Autora: Ana Laura Esteves

Ana Laura Esteves

Orientador: Dr António Pedro Gonçalves

António Pedro Gonçalves

Co-Orientadora: Dra Isabel Almeida

Isabel Maria Almeida

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Dr. António Pedro Gonçalves, orientador deste trabalho, por toda a disponibilidade e paciência, com que me guiou neste projecto.

Depois, aos não menos importantes, participantes neste estudo, doentes e médicos, por todas as palavras de incentivo.

A todos os profissionais que trabalham no Serviço de Urgência, pela simpatia com que me acolheram.

E por último, agradeço à minha família e amigos, sempre conselheiros e por me proporcionarem um porto seguro ao longo destes meses de trabalho.

Resumo

Introdução: As visitas ao Serviço de Urgência (SU) não adequadas são tidas como um fator contribuinte para a elevada utilização deste serviço. Portugal é o país da OCDE com mais visitas ao SU e por isso é preponderante estudar a sua utilização.

Métodos: A amostra estudada foi constituída por 104 doentes admitidos no SU do Hospital de Santo António- Centro Hospitalar do Porto, no período compreendido entre Dezembro e Janeiro de 2017/2018. Foi caracterizada a adequação de cada visita através de 6 critérios diferentes, baseados nas percepções de doentes e dos respectivos médicos e em critérios explícitos, fundamentados na triagem, realização de procedimentos de diagnóstico e tratamento e necessidade de hospitalização.

Resultados: A grande maioria dos doentes atribuiu maior grau de adequação e gravidade, embora sem esperar internamento. Por outro lado, os médicos na sua maioria não consideraram os episódios adequados ou graves. A maioria dos doentes incluídos realizou meios complementares de diagnóstico e tratamento e 91% tiveram alta para o domicílio. A proporção de visitas adequadas variou entre 32% e 87% consoante os diferentes critérios. Esta proporção aumenta progressivamente à medida que se admite a realização de procedimentos considerados mais simples no SU. A prioridade verde, segundo o sistema de Triagem de Manchester, pareceu associar-se a mais visitas inadequadas que a amarela e laranja. A idade superior a 65 anos e a duração da queixa inferior a 24h relacionaram-se com maior proporção de visitas adequadas do que as outras variáveis demográficas.

Conclusão: Neste estudo encontrámos grandes diferenças entre a percepção dos doentes e dos médicos quanto à adequação e gravidade dos episódios de SU. É difícil seleccionar um critério para classificar episódios como não adequados e eleger características que possam prever a não adequação. Será necessária uma maior investigação nesta área, assim como na procura de soluções para estes doentes.

Abstract

Introduction: Inappropriate emergency department (ED) visits are described as one of the many contributors to the overcrowding of these departments. It's very important to discuss this theme in a Portuguese setting, given that Portugal is the country in OCDE with the most ED visits *per capita*.

Methods: This study included a total of 104 patients admitted to the Hospital de Santo António- Centro Hospitalar do Porto's ED between December 2017 and January 2018. I used six different criteria to define appropriateness, based on patients' perceptions, doctors' perceptions and some explicit variables, such as triage, diagnostic tests or treatment performed and hospitalization.

Results: Patients showed perception of higher appropriateness and severity, but without expecting hospitalization. On the other hand, doctors found the visits less appropriate and severe. The majority of the patients visiting the ED performed diagnostic tests and treatments, while 91% were discharged home. The proportion of appropriate visits according to the different criteria varied between 32% and 87%. This proportion increases gradually as we accept the execution of simpler procedures in the ED as adequate. Patients classified as green priority, according to the Manchester Triage Scale, were associated with less appropriate visits, than those with the yellow and orange ones. Patients with ages 65 and above and with a complaint of less than 24 hours duration were associated with higher proportion of appropriate visits. The appropriateness increases as we consider more tests and treatments.

Conclusions: In this study we found a large difference between the patients' and the doctors' perception of adequacy and severity of ED visits. Nevertheless, it's hard to determine one single criterion or to select characteristics to define a non-appropriate ED visit. Further research is needed on this topic, including finding solutions to help reduce ED inappropriate visits.

Lista de abreviaturas

CHP	Centro Hospitalar do Porto
MCD	Meios Complementares de Diagnóstico
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SU	Serviço de Urgência

Índice

Título.....	1
Palavras-Chave.....	1
Introdução/Objetivos.....	1
Metodologia.....	2
Resultados.....	4
Discussão/Conclusões.....	6
Bibliografia.....	17

Lista de figuras

Figura 1- Doentes incluídos e excluídos.

Figura 2- Relação entre percepções de doentes e médicos.

Lista de tabelas

Tabela I: Características demográficas dos doentes

Tabela II: Questionário da percepção, aplicado a doente e seu médico, segundo escala de Likert

Tabela III: Critérios explícitos de adequação

Tabela IV: Características da amostra

Tabela V: Resultados das questões

Tabela VI: Adequação das visitas segundo os vários critérios

Tabela VII: Relação entre percepção da adequação da visita e variáveis específicas

Tabela VIII: Relação entre critérios de adequação e variáveis demográficas e triagem

Palavras-Chave

Emergency department; Nonurgent visits; Patient outcome assessment; Patient's perception; Doctor's perception; Cross-sectional study

Introdução

O relatório de 2015, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) acerca dos Serviços de Urgência, salienta que o número de visitas tem vindo a aumentar progressivamente. Portugal é o país com mais visitas *per capita*, com cerca de 70 visitas por cada 100 mil habitantes, contrastando com a média da OCDE de cerca de 30 visitas por cada 100 mil habitantes⁽¹⁾. Segundo o relatório de contas do Centro Hospitalar do Porto (CHP), em 2016 o número de atendimentos no SU subiu 5,7% face ao ano anterior, para um total de 143679 episódios.

A utilização inadequada parece ser um dos fatores associados ao elevado número de visitas ao SU⁽²⁾. É importante distinguir entre episódio não urgente e inadequado/não apropriado⁽³⁾, uma vez que o primeiro termo remete para a gravidade do quadro e o segundo engloba não só a gravidade, como também o contexto social e psicológico do doente e a própria organização do sistema de saúde. Este estudo pretende focar-se num conjunto mais abrangente de circunstâncias que influenciam o doente a recorrer ao SU e não apenas na sua gravidade.

No modelo teórico definido por Uscher-Pines *et al.*, os fatores que determinam a decisão de um doente ir ao SU incluem a perceção de gravidade dos seus sintomas, a possibilidade de recorrer a outros estabelecimentos de cuidados de saúde, os custos e a conveniência⁽⁴⁾. Estes são considerados fatores preditivos independentes de adequação da visita, sendo influenciados por outras variáveis demográficas, culturais e sociais. As visitas inadequadas podem ainda trazer consequências para os vários sectores de saúde, nomeadamente custos acrescidos, testes e tratamentos excessivos e deterioração da relação com o médico de família⁽⁴⁾.

Porém, uma das grandes limitações nesta área é a falta de uniformidade dos critérios utilizados para definir a adequação das visitas^(1,3,5). Estes critérios podem classificar-se em implícitos e explícitos⁽³⁾, consoante se baseiem na perspetiva do doente ou do médico; ou em variáveis mensuráveis, como comorbilidades e diagnóstico à saída do SU, respetivamente. Os mais utilizados, segundo Durand *et al.*, incluem a queixa principal, os testes de diagnóstico e os sinais vitais.

Efetivamente, existem lacunas na definição de critérios de adequação e variáveis relacionadas com a não adequação da visita⁽⁴⁾, assim como, na sua relação com a percepção do doente e do médico, em contexto português. Na literatura estão descritas duas escalas validadas para avaliar a adequação da visita ao SU⁽³⁾ - a Escala Canadiana de Triagem e Acuidade e o Protocolo de Adequação a Urgências Hospitalares -, ambas têm em conta o diagnóstico à saída do SU.

No seguimento do trabalho de Pereira *et al*, que adaptou o conceito de inadequação de visita ao SU descrito por Lowe *et* Bindman, para a realidade portuguesa, surgiu a ideia de estudar as visitas ao SU, enquadrando-as não só nos critérios explícitos de adequação expostos, como na percepção do doente e do médico.

O objetivo geral deste trabalho é analisar a adequação das visitas a um SU Polivalente, com base em critérios objetivos e nas percepções de utentes e médicos.

Os objetivos específicos são:

- Conhecer a percepção de adequação e gravidade das visitas ao SU do ponto de vista dos próprios utentes e do seu médico- Tabela II;
- Avaliar a adequação das visitas ao SU do CHP com base em critérios específicos previamente definidos – Tabela III;
- Identificar fatores preditivos de adequação e não adequação da visita ao SU.

Metodologia

Foi efetuado um estudo observacional prospetivo nos meses de Dezembro de 2017 e Janeiro de 2018, utilizando uma amostra da população admitida no SU do Hospital de Santo António- CHP. Este é um dos dois hospitais públicos universitários da área metropolitana do Porto, cobrindo uma população de 728.663 indivíduos e contando com 143.679 visitas ao SU, em 2016.

Foi analisada uma amostra de conveniência de 100 doentes, que recorreram em dias úteis do período referido, entre as 8h e as 20h, em 3 áreas distintas: Área Médica, Pequena Cirurgia e Clínica Geral.

Os doentes escolhidos foram alvo de entrevista no período de espera entre a triagem de Manchester e o primeiro contacto com o médico, salvaguardando-se a

necessidade do consentimento informado, livre e voluntário. A entrevista ao médico realizou-se após o primeiro contacto com o doente.

Os critérios de exclusão⁽⁶⁾ foram os seguintes: doente transferido de outro hospital, prioridade vermelha na triagem de Manchester, pontuação na Escala de Coma de Glasgow menor que 15, história de demência ou défice cognitivo, intoxicação com substâncias psicotrópicas, sinais evidentes de dor, dispneia ou desconforto, alterações da linguagem ou da audição, doentes que não consentiram participar no estudo e abandono do SU contra parecer médico.

As variáveis recolhidas junto dos participantes envolveram dados demográficos, como sexo, idade, grau académico e ocupação; duração da queixa que motivou o episódio; e a resposta a 3 questões relacionadas com a perceção sobre a visita ao SU, mais concretamente, a sua adequação, gravidade do quadro e probabilidade de internamento. As respostas às últimas 3 questões obtiveram-se segundo a escala de opinião de Likert (Tabelas I e II). Estas questões foram também efetuadas aos médicos responsáveis por cada doente, após a primeira observação.

A perceção de adequação do doente e do médico constituem critérios implícitos de avaliação da adequação da visita aos SU e serão definidos ao longo do trabalho pelas letras D e M, respetivamente.

As variáveis relacionadas com os critérios explícitos de adequação de uma visita ao SU (1,2), foram recolhidas posteriormente, através da consulta do processo clínico eletrónico.

Os critérios de adequação explícitos utilizados compreendem (Tabela III):

- i) A prioridade segundo a Triagem de Manchester - visita adequada se prioridade amarela, laranja ou vermelha; que será definido pela letra **T**.
- ii) Os utilizados no estudo de Pereira *et al.*, e definidos pela letra **P**.
- iii) Um novo critério com base no critério P, construído pela autora deste trabalho, no qual se consideram inadequados os episódios em que apenas se efetuaram tratamentos com os seguintes fármacos por via oral: analgésicos, anti-inflamatórios, antieméticos, antiácidos e benzodiazepinas. Portanto, a hospitalização ou morte, a realização de um Meio Complementar de Diagnóstico (MCD) qualquer e a realização de um tratamento para além dos citados, definem uma visita adequada. Definido pela letra **N**.
- iv) A utilização de qualquer meio complementar de diagnóstico ou qualquer

tratamento traduz uma visita adequada e é definido pela letra **Q**.

Foi criada uma base de dados no *Microsoft Excel®*, com a qual se procedeu à análise das variáveis e suas relações, de entre as quais se destacam:

- Diferenças entre respostas de médicos e doentes.
- Diferenças entre critérios implícitos e explícitos.
- Relação entre triagem, procedimentos (tratamento, MCD) e adequação pela perspetiva do médico e do doente,
- Relação entre variáveis demográficas e a não adequação segundo os vários critérios.

Utilizei o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para proceder à análise da associação entre as variáveis categóricas e os diferentes critérios de adequação, assim como da relação entre a prioridade segundo a Triagem de Manchester e os restantes critérios de adequação, através do teste qui-quadrado.

O estudo realizou-se em conformidade com os princípios éticos e legais da Declaração de Helsínquia, com o parecer positivo da comissão de ética local e consentimento informado de todos os participantes.

Resultados

Foram avaliados 137 doentes, dos quais 33 tinham um critério de exclusão. A amostra foi assim composta por 104 doentes (fig. 1), cujas características estão representadas na tabela IV.

Observou-se uma maioria de participantes com menos de 64 anos; com pelo menos o primeiro ciclo de escolaridade; que não trabalha e cuja duração da queixa é superior a 24h. A proporção de doentes incluídos do sexo feminino e masculino foi semelhante (tabela IV).

A maioria dos doentes foi classificada com prioridade amarela, realizou um ou mais MCD, efetuou tratamento e teve alta para o domicílio (tabela VII).

Segundo a perceção do doente, 86% entendeu que a sua vinda ao SU era adequada, atribuindo a resposta 4 ou 5 nesta questão. Mais de dois terços

consideraram que o quadro era grave, embora menos de 15% considerasse a possibilidade de internamento (tabela V).

Segundo a percepção do médico, 62% não considerou a visita adequada, 68% não considerou o problema grave e 91% não considerou a possibilidade de internamento (tabela V).

As respostas de doentes e médicos coincidiram na previsão de não internamento e foram opostas na avaliação da gravidade e da adequação da visita (Fig. 2).

Relativamente à classificação da adequação segundo os vários critérios, as visitas adequadas variaram entre os 32% (M) e os 87% (D). De entre os critérios explícitos, os definidos por Pereira *et al* (P) registaram a menor adequação (48%), seguindo-se o novo critério (N) com 75% de visitas adequadas, o critério definido pela realização de qualquer procedimento/tratamento (Q) com 79% e, por fim, o critério da triagem (Q) com 83% (tabela VI).

Na relação entre triagem e adequação pela perspectiva dos doentes e médicos, mantém-se o conceito descrito anteriormente: maioria dos doentes a entender a sua visita como adequada e dos médicos como não adequada (tabela VII).

Relativamente à relação entre a triagem e os restantes critérios de adequação, verificou-se uma associação significativa com os critérios D, P e N, com uma maior proporção de casos adequados nos doentes triados com prioridades amarela ou laranja (tabela VIII).

Analisando a relação da adequação com a realização de meios complementares de diagnóstico, utilizando os critérios definidos por Pereira *et al.*, as visitas consideradas adequadas são 33%. No entanto, se considerarmos a realização de qualquer MCD esse valor sobe para 69%. Relativamente à comparação com a percepção do doente acerca da adequação da sua visita, 81% consideraram-na adequada, embora não tivessem realizado nenhum MCD. Dos doentes que realizaram um MCD qualquer, 36% dos médicos e 89% dos doentes consideraram a visita apropriada. Dos doentes que apenas realizaram MCD válidos segundo Pereira *et al.*, 56% dos médicos e 97% doentes consideraram a visita adequada (tabela VII).

Quando foram analisados os doentes que realizaram alguma terapêutica, utilizando os critérios definidos por Pereira *et al.*, 28% das visitas são consideradas

adequadas. No entanto, se for considerada qualquer terapêutica, esse valor sobe para 56% (tabela VII).

Nove por cento dos doentes que recorreram ao SU foram internados. Nenhum faleceu. Não houve diferenças entre a percepção de médicos e doentes na antecipação do resultado à saída do SU. Setenta e sete por cento dos doentes e 94% dos médicos anteciparam a alta e aproximadamente metade dos doentes e dos médicos anteciparam o internamento (tabela VII).

Na relação entre as variáveis demográficas e os diferentes critérios de adequação, verifica-se uma maior percentagem de episódios adequados nos doentes mais idosos, quer de acordo com critérios implícitos, quer com explícitos, embora não atinga significado estatístico. Não se verificaram outras diferenças relevantes entre os grupos de acordo com variáveis demográficas (tabela VIII).

Por fim, os doentes com sintomatologia de duração inferior a 24 horas apresentaram maior taxa de adequação dos episódios de acordo com os critérios explícitos, mas com significado estatístico apenas de acordo com o critério de Pereira et al. (tabela VIII).

Discussão

A esmagadora maioria das visitas ao SU referidas neste trabalho foram percecionadas como adequadas por parte dos doentes, que justificaram a sua escolha por alegadas limitações de proximidade, disponibilidade e existência de especialidades e MCD. Contudo, a percepção dos médicos foi a inversa, o que parece adequado perante os resultados obtidos: percentagem elevada de altas para o exterior. Assim, algumas destas visitas poderiam ser atendidas em outros níveis de cuidados de saúde, concentrando no SU casos verdadeiramente urgentes⁽⁷⁾.

A metodologia utilizada foi planeada para evitar vieses e, nesse sentido, os doentes foram entrevistados em horário de funcionamento dos Centros de Saúde e antes da primeira observação médica. No entanto, existem alguns vieses que devemos ter em atenção na leitura e interpretação dos resultados. Em particular na análise dos resultados das entrevistas através da escala de Likert, pode haver tendência para respostas no valor central, o que não se verificou em nenhuma das questões. Outro erro frequente nas entrevistas, principalmente a pessoas mais debilitadas, é o viés de indução de resposta, no qual o entrevistado tende a concordar com o entrevistador. Para tentar contornar este obstáculo estabeleci um guião de

entrevista e construí as perguntas de forma a serem neutra. Por outro lado, este não foi um estudo cego, uma vez que eu (entrevistadora) e os doentes entrevistados estávamos conscientes dos objetivos do estudo. Por fim, ressalvo que alguns doentes poderão ter tido dificuldades em compreender as questões.

O tamanho da amostra não nos permite generalizar os resultados para toda a população, no entanto, procedeu-se à interpretação dos resultados relativos a esta amostra concreta.

Sendo a identificação das visitas não adequadas um dos passos necessários para reduzir as vindas ao SU⁽³⁾, utilizei vários critérios diferentes, que me permitiram classificar as visitas em apropriadas e inapropriadas. Como já referido, existe uma grande variabilidade conforme os critérios de adequação utilizados. No estudo da OCDE, as percentagens de visitas inapropriadas variaram de 11,7% a 56%⁽¹⁾, sendo a média de 37%⁽⁴⁾. Neste estudo os valores foram inferiores, variando entre 4% e 52% de visitas inadequadas (tabela VI). O presente trabalho assume relevância, uma vez que engloba na mesma população os vários critérios, permitindo fazer uma comparação entre eles.

De um modo geral, houve mais visitas adequadas que não adequadas, exceto se utilizarmos o critério P. Na perspetiva dos doentes, as visitas foram sempre consideradas mais adequadas que na do médico. Os critérios de adequação subestimam as visitas inadequadas quando são baseados na perceção do próprio doente ou quando se considera adequada a realização de qualquer MCD ou tratamento⁽⁷⁾. De facto, a perceção do doente e do médico configuram valores opostos, à semelhança do que se verificou na literatura. Uma explicação para esta discrepância prende-se com o facto dos doentes esperarem receber benefícios secundários como atendimento mais rápido e eficaz⁽⁶⁾. Comparando os resultados com a literatura, segundo a perceção do doente, apenas 4% das visitas eram inadequadas, enquanto que na literatura esse número varia de 10% a 28%^(3,5). Talvez seja importante refletir se estes doentes analisados têm acesso a outros níveis de cuidados de saúde, assim como a possibilidade de uma referenciação prévia para aceder ao SU.

No critério baseado na perceção do médico, os valores de adequação são coincidentes com a literatura, registando-se uma média de 30% de visitas inapropriadas^(3,5). Os médicos consideraram cerca de 1/3 das visitas inadequadas e percecionaram baixa gravidade em 3/4, embora a maioria dos doentes não deixem o SU sem antes realizar um MCD ou tratamento. Naturalmente é expectável que alguns destes procedimentos possam ter sido efetuados por se tratar de um hospital de última

linha, em que um diagnóstico errado ou não feito é menos admissível do que num estabelecimento de proximidade, mais limitado. Contudo, não se pode deixar de ter em conta a atual sobreutilização dos recursos a que se assiste.

A percentagem de episódios considerados adequados pelo critério da prioridade atribuída pela Triagem de Manchester foi a mais elevada (83%) de entre os critérios explícitos, o que está em linha com aquilo que é descrito na literatura ^(3,5,9). Contudo, o objetivo do Sistema de Triagem de Manchester não é este, mas sim determinar a prioridade de atendimento. Ainda assim, existe uma relação, com significado estatístico, entre a Triagem de Manchester e os vários critérios de adequação, que confere força à ideia de que a prioridade verde pode ser um indicador de não adequação da visita. Tal é reforçado por uma menor proporção de doentes com esta prioridade que realizaram MCD e/ou tratamentos.

Utilizando o critério definido por Pereira *et al.*, 48% das visitas foram adequadas, enquanto em outros estudos esse valor foi cerca de 70% ^(2,5). Este valor inferior de visitas adequadas pode quer explicar-se pelo tamanho reduzido da amostra utilizada, quer pela tipologia dos doentes incluídos.

Quanto ao critério da realização de qualquer MCD ou tratamento ou hospitalização (Q), a literatura apresenta valores de visitas não adequadas na ordem dos 35%, enquanto que neste estudo esse valor foi de 20% ⁽³⁾. De facto, o critério Q classifica poucos doentes como inadequados, o que poderia se justificar por se estar num hospital central, de última linha, no qual se podem realizar mais procedimentos do que aqueles que aparentemente poderiam ser necessários.

O critério N foi elaborado de modo a considerar inadequados os casos em que os doentes fizeram terapêutica oral simples que pode estar disponível nos cuidados de saúde primários. A execução de qualquer MCD pode refletir uma preocupação com patologia mais grave e, daí, um recurso adequado ao SU. Com este critério obteve-se um valor de episódios inadequados intermédio relativamente aos restantes.

Portanto, um critério *gold-standard* será aquele que tem validade científica e é reproduzível de observador para observador ⁽⁸⁾. Neste estudo, o critério mais equilibrado foi o N, sendo que nos extremos desta balança estão critérios que consideram a realização de qualquer procedimento de diagnóstico ou tratamento (Q) e outros que excluem procedimentos que poderiam ser pertinentes (P). Contudo, este novo critério precisaria de ser validado em amostras maiores e noutras instituições.

Quanto às características demográficas e sua associação com adequação da visita, é importante ter em consideração que não se podem relacionar diretamente com as razões da ida ao SU. Estas dependem de uma interação de factores psicológicos, sociais e culturais, que não são dissociáveis⁽⁸⁾.

Verificou-se que sintomatologia com duração inferior a 24 horas associou-se a uma proporção significativamente maior de episódios adequados segundo o critério P e a uma tendência para maior adequação segundo os outros critérios, o que está de acordo com a literatura⁽²⁾. Este achado é difícil de explicar, até porque a diferença desvanece-se nos outros critérios implícitos. Contudo, será plausível que doentes com menor tempo de instalação das queixas não tenham ainda feito qualquer MCD ou tratamento, o que pode levar à realização de mais procedimentos no SU.

Teoricamente seria de esperar que as mulheres obtivessem valores maiores de inadequação que os homens. Uma explicação possível prende-se com o facto das mulheres serem maiores utilizadoras dos cuidados de saúde em geral^(2,7). No entanto, este pressuposto não se verificou nesta amostra. Apenas segundo o critério M, se verificou uma tendência próxima do significado estatístico para uma maior proporção de episódios adequados em homens.

A idade é um parâmetro importante para a avaliação clínica, sendo o grupo de doentes com mais de 65 anos sistematicamente considerado mais adequado, mais grave e com maior probabilidade de internamento, apesar de não serem significativas as diferenças entre as diferentes faixas etárias (tabela VIII)^(1,2,4,6). Segundo o critério P, destaca-se uma tendência para uma maior proporção de episódios adequados em doentes com 65 ou mais anos. De facto, nesta faixa etária as doenças crónicas são mais prevalentes, necessitando de mais MCD e tratamentos apenas disponíveis em meio hospitalar, justificando o maior número de visitas adequadas⁽⁷⁾.

Apesar de neste estudo não se terem registado diferenças significativas entre adequação e a escolaridade, a literatura refere que quanto maior a escolaridade menor a inadequação e a gravidade dos episódios. Os autores justificam tais resultados com um maior seguimento/procura dos doentes com mais escolaridade em consultas de medicina geral e familiar⁽⁶⁾.

A empregabilidade não se associou à adequação das visitas, como o descrito na literatura⁽⁷⁾.

Considerar uma visita ao SU não adequada tem de ser um ato ponderado, nomeadamente quando se põe a questão de redirecionar estes pacientes para outras

tipologias de cuidados de saúde, pelas questões éticas e de acessibilidade, especialmente em populações vulneráveis. Outro dos riscos prende-se com o possível erro de rotular uma visita adequada como inadequada e as consequências para o doente que daí podem advir. Os critérios retrospectivos utilizados são aplicáveis apenas a estudos de revisão e auditoria, não podendo ser utilizados para redirecionar os pacientes considerados não adequados⁽³⁾. Uma possível exceção são os doentes com prioridade verde da triagem, se se garantir um atendimento médico atempado e de qualidade.

Apesar de todos os inconvenientes das visitas inadequadas, há controvérsia acerca dos seus possíveis custos adicionais⁽³⁾. Efetivamente, não há evidência de que estes doentes sejam pior atendidos que os doentes que recorrem por problemas semelhantes aos cuidados primários⁽⁸⁾.

Resta ainda discutir que uma das principais razões apontadas para a escolha do SU em detrimento de cuidados primários é a acessibilidade ao atendimento⁽⁹⁾. Sendo assim, a solução para este problema não passa apenas por haver um seguimento no médico de família, mas sim na facilidade e rapidez com que o doente pode recorrer a uma consulta não programada quando apresenta queixas agudas⁽⁷⁾. Mais ainda, são sugeridas outras intervenções para colmatar este problema: educação para a saúde, informando os doentes daquilo que deve ser motivo de ida ao SU, por exemplo, envolvendo a comunicação social e também, possivelmente, mais desincentivos financeiros para visitas inadequadas⁽⁴⁾.

Para futuras investigações são propostos estudos que tentem validar os critérios testados, que verifiquem a eficácia das intervenções sugeridas⁽⁷⁾, bem como o impacto das visitas inadequadas e a comparação dos resultados com visitas pelo mesmo problema em cuidados primários⁽⁸⁾.

Em conclusão, as visitas inadequadas ao SU são um assunto complexo, que permanece mal definido. Os resultados segundo os vários critérios são discrepantes⁽⁵⁾. Com este estudo mostrei que há grandes diferenças entre a perceção das visitas segundo doentes e médicos e também que a definição de adequação deve ser bem definida, de acordo com a missão do Serviço de Urgência de tratar doentes urgentes, muito urgentes e emergentes. A opção por um destes critérios para definir o que são visitas adequadas ao SU e as medidas a tomar face aos resultados deve ter em conta a política de saúde vigente de universalidade e equidade de gestão dos recursos.

Figura 1: Doentes incluídos e excluídos

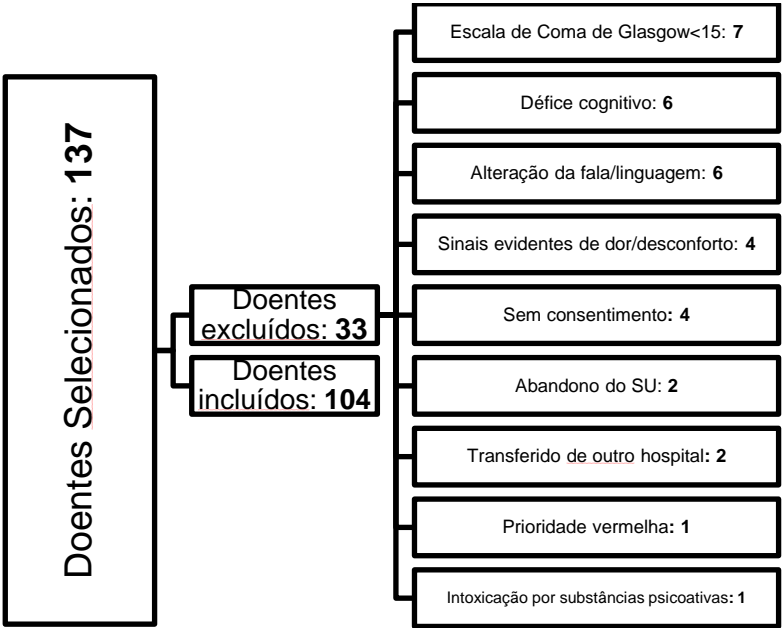


Figura 2: Relação entre percepções de doentes e médicos

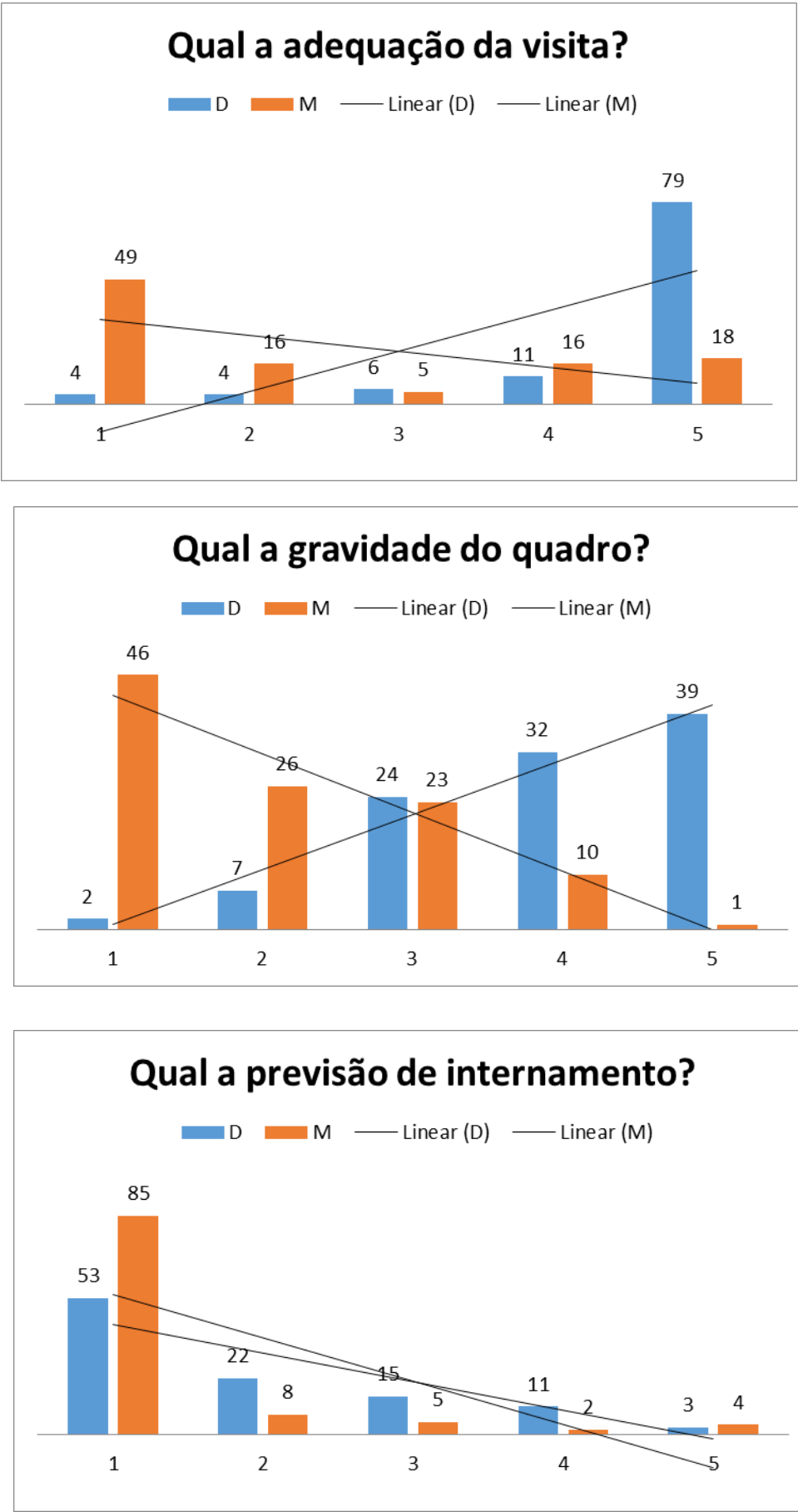


Tabela I: Características demográficas dos doentes ⁽²⁾

Característica	Variáveis
Género	Masculino, Feminino
Idade	18-64; ≥65
Grau Académico	Analfabeto, até 4º, 5º ao 12º, ensino superior
Emprego	Não aplicável, Desempregado, Empregado, Reformado
Duração da queixa	<24 horas, >24 horas

Tabela II: Questionário da perceção, aplicado a doente e seu médico, segundo escala de Likert ⁽⁶⁾

Questão	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Considero o SU o local mais adequado para resolver o problema					
O quadro é grave					
Prevê internamento					

Tabela III: Critérios explícitos de adequação

	Triagem de Manchester	MCD	MCD *	Tratamento	Tratamento **	Morte/Hospitalização
T	•					
P			•		•	•
N		•			•	•
Q		•		•		•

*Excluindo: radiografia torácica, hemograma, ureia e creatinina, ionograma, PCR, glicose, teste sumário da urina

**Excluindo os seguintes fármacos: analgésicos, anti-inflamatórios, antieméticos, antiácidos, benzodiazepinas

Tabela IV: Características da amostra

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	50	48
Masculino	54	52
Idade		
≤64	66	63
≥65	38	37
Escolaridade		
Analfabeto	5	5
1º Ciclo	44	42
2º ou 3º Ciclo	39	38
Ensino Superior	16	15
Emprego		
Não Aplicável	7	7
Desempregado	13	13
Empregado	40	38
Reformado	44	42
Duração da Queixa		
≤24h	29	28
>24h	75	72
Triagem de Manchester		
Azul	0	0
Verde	18	17
Amarelo	82	79
Laranja	4	4
Vermelho	0	0

Tabela V: Resultados das questões (N/%)

Resposta segundo escala de Likert		1	2	3	4	5
Considera o SU o local mais adequado para resolver o problema?	D	4/4%	4/4%	6/6%	11/11%	79/76%
	M	49/47%	16/15%	5/5%	16/15%	18/17%
Qual a gravidade do quadro?	D	2/2%	7/7%	24/23%	32/31%	39/38%
	M	46/44%	26/25%	23/20%	10/10%	1/1%
Qual a previsão de internamento?	D	53/51%	22/21%	15/14%	11/11%	3/3%
	M	85/82%	8/8%	5/5%	2/2%	4/4%

Tabela VI: Adequação das visitas segundo os vários critérios (N/%)

Critério	Adequada	Não adequada
D	90/87%	4/4%
M	34/33%	32/31%
T	86/83%	18/17%
P	50/48%	54/52%
Q	82/79%	22/20%
N	65/63%	39/37%

D- Percepção do Doente; M- Percepção do Médico; T- Triage de Manchester; P- Pereira et al; Q- Realização de qualquer MCD/Tratamento; N- Novo: com base em Pereira et al, mas considerando adequada a realização de qualquer MCD

Tabela VII: Relação entre percepção da adequação da visita e variáveis específicas

Variável	N/%	Adequado (N/%)	
		DOENTES	MEDICOS
Triage de Manchester			
Verde	18/17%	13/68%	3/16%
Amarelo	82/79%	74/90%	31/37%
Laranja	4/4%	4/100%	1/25%
MCD			
Nenhum	32/31%	26/81%	6/19%
Algum	72/69%	64/89%	26/36%
Nenhum ou “básico”*	70/67%	58/83%	15/21%
Além dos “básicos”*	34/33%	33/97%	19/56%
Tratamento			
Nenhum	46/44%	39/85%	9/20%
Algum	58/56%	51/88%	25/43%
Nenhum ou “básico”*	75/72%	65/87%	20/27%
Além dos “básicos”*	29/28%	25/86%	14/48%
Resultado à saída do SU			
Alta	95/91%	10/11%	1/1%
Hospitalização	9/9%	4/44%	5/56%

*Critério definido por Pereira et al.

Tabela VIII: Relação entre critérios de adequação e variáveis demográficas e triagem (N/%)

VARIÁVEL	D	M	T	P	Q	N
Sexo						
Feminino	45/90%	12/24%	42/84%	24/48%	40/80%	38/76%
Masculino	45/83%	22/41%	44/81%	26/48%	44/81%	41/76%
p	0,395	0,094	0,619	1,0	0,814	1,0
Idade						
≤64	45/82%	29/29%	52/79%	27/41%	51/77%	49/74%
≥65	35/92%	15/39%	33/87%	23/61%	32/84%	29/76%
p	0,247	0,285	0,431	0,068	0,804	0,364
Escolaridade						
Ensino Sup	13/81%	7/44%	15/94%	6/38%	13/81%	13/81%
Outro	77/88%	27/31%	70/80%	44/50%	70/80%	65/74%
p	0,448	0,386	0,293	0,422	1,0	0,761
Emprego						
Sim	34/85%	13/33%	33/83%	19/48%	34/85%	32/80%
Não	56/88%	21/33%	52/81%	31/48%	49/77%	46/72%
p	0,772	1,0	1,0	1,0	0,324	0,822
Duração						
≤24h	27/93%	10/34%	26/90%	21/72%	26/90%	25/86%
>24h	63/84%	24/32%	59/79%	29/39%	57/76%	53/71%
p	0,340	0,819	0,263	0,002	0,113	0,220
Triagem						
Verdes	13/68%	3/16%		4/21%	11/58%	12/63%
Amarelos e Laranjas	78/93%	31/36%		47/55%	69/81%	72/85%
p	0,017	0,142		0,0065	0,061	0,013

D- Percepção do Doente; M- Percepção do Médico; T- Triagem de Manchester; P- Pereira et al; Q- Realização de qualquer MCD/Tratamento; N- Novo: com base em Pereira et al, mas considerando adequada a realização de qualquer MCD.

Bibliografia

1. Berchet C. Emergency Care Services [Internet]. 2015 Ago [citado 13 de Março de 2018]. Report No.: 83. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
2. Pereira S, e Silva AO, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University hospital. *Ann Emerg Med*. Junho de 2001;37(6):580–6.
3. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. Março de 2011;29(3):333–45.
4. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. 2014;24.
5. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: A prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med*. Março de 1997;15(2):133–6.
6. Sadillioglu S, Topacoglu H, Dikme O, Erdede MO, Ozyuvaci E, Dikme O. Patients Do Actually Know? Evaluation of Patients Perception Regarding Their Disease Severity in the Emergency Department. :4.
7. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. Janeiro de 2009;25(1):7–28.
8. Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for “appropriateness” research. *Ann Emerg Med*. Junho de 2001;37(6):629–32.
9. Tsai JC-H, Liang Y-W, Pearson WS. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problems: Patient Preference and Emergency Department Convenience. *J Formos Med Assoc*. Julho de 2010;109(7):533–42.